

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900, à 1 heure

Par FRANÇOIS LAPARRA

GOITRE ET GROSSESSE

RAPPORTS — CONDUITE A TENIR

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges { MM. TERRIER, professeur.
JALAGUIER et LEPAGE, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

373

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 mai 1900, à 1 heure

Par FRANÇOIS LAPARRA

GOITRE ET GROSSESSE

RAPPORTS — CONDUITE A TENIR

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM. TERRIER, professeur.

JALAGUIER et LEPAGE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRÉ	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

(Témoignage de reconnaissance)

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

GOÎTRE & GROSSESSE

RAPPORTS — CONDUITE A TENIR

INTRODUCTION

Nous trouvant un jour à la clinique Baudelocque, où, depuis notre stage, nous aimons à aller entendre la parole si éloquente et si instructive de M. le Professeur Pinard, nous avons assisté à l'accouchement d'une femme atteinte de goître.

A ce propos, M. le Professeur Pinard appela l'attention de ses élèves sur les rapports du goître et de la grossesse.

Originaire d'un pays, où le goître, quoique bien plus rare que jadis, se voit encore souvent, ce sujet nous parut intéressant.

M. Pinard, à qui nous avons demandé conseil, nous a encouragé dans cette voie et nous a facilité notre travail en nous ouvrant grandes les portes de sa Clinique. Qu'il nous permette donc de lui adresser tous nos remer-

ciements pour les savantes leçons qu'ils nous a données et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, il augmente ses droits à notre reconnaissance.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux reçoivent aussi le témoignage de notre gratitude. Ce sont : d'abord MM. Quénu, Chauffard, qui ont dirigé nos premiers pas dans la chirurgie et la médecine ; ensuite M. le professeur Landouzy, qui pendant un an nous a charmé tout en nous instruisant par sa verve et son enseignement original. De bonne heure il a su nous inculquer les grandes idées qui dominent toute la médecine et la résument : intoxication, infection ; puis M. Faisans, dont les longues causeries aux lits des malades ont été pour nous d'une si grande utilité ; enfin M. le professeur Grancher et ses chefs de clinique Hallé et Zuber, qui nous ont initié aux maladies si compliquées de l'enfance.

Nous remercions aussi sincèrement M. le professeur Pozzi, notre compatriote le docteur Jayle et M. Brocq, dont nous avons longtemps suivi les leçons à l'hôpital Broca.

CHAPITRE I

Goître.

Définition. — Historique.

M. Broca, dans le *Traité de chirurgie*, définit le goître : une tumeur thyroïdienne, d'origine épithéliale, bénigne de son essence et remarquable par des particularités étiologiques spéciales, et par ses relations avec le crétinisme surtout ».

Parmi ces particularités étiologiques, parmi ces rapports il en est qui, par leur importance, mériteraient semble-t-il, d'être mentionnés dans la définition ; nous voulons parler des rapports du goître avec les fonctions utérines et la puérpéralité, (grossesse, accouchement et suites).

Ce sont, en effet, ces rapports avec la grossesse, dont M. Broca parle d'ailleurs brièvement dans le cours de son article, que nous allons essayer de décrire.

Nous avons réuni les observations qui nous ont paru les plus intéressantes et démonstratives, et, nous plaçant surtout au point de vue clinique, nous nous proposons d'en tirer quelques conclusions pratiques pour l'accoucheur et le médecin traitant pendant et après la grossesse.

Nous serions trop heureux si notre faible travail pouvait faciliter la tâche à d'autres plus autorisés et plus compétents que nous.

Le goître, tumeur extrêmement visible, a depuis bien des siècles attiré l'attention des observateurs. Mais privés des ressources de l'anatomie, de l'embryogénie et de la pathogénie, ils ne différenciaient guère les tumeurs diverses de la région antéro-latérale du cou : emphysème, engorgement ganglionnaire, thyroïdite, anévrysmes, cancer etc. C'est depuis la fin du XVIII^e siècle, depuis Kortum et Fodéré que l'on a pris soin de déterminer cliniquement les tumeurs thyroïdiennes. Fodéré avait en même temps étudié les relations du goître avec le crétinisme. Puis vers le milieu du siècle qui va s'éteindre, Ecker, French, Rokitansky firent les premières recherches anatomo-pathologiques, complétées bientôt par Porta, Bach (de Strasbourg) Friedreich, Billroth, Virchow et enfin Cornil et Ranvier. D'autres tels que Dupuytren, Caudet, Duguet, Terrillon, Wöffler etc, étudiaient le traitement, si bien qu'aujourd'hui, symptômes, étiologie, anatomie pathologique sont assez connus.

C'est ainsi qu'au point de vue étiologique on a pu diviser le goître en sporadique, endémique, épidémique.

Le goître épidémique, dû à la mauvaise qualité des eaux et probablement aussi au surmenage et aux attitudes vicieuses, s'observe dans les grandes agglomérations, telles que pensions, prisons, casernes et guérit habituellement.

Le goître endémique se voit surtout en Savoie, les Hautes-Alpes, l'Auvergne, les gorges des Pyrénées, les

Vosges, le Soissonnais en France. A l'étranger on le rencontre surtout dans le Valais, le Tyrol, la Lombardie, dans quelques contrées de l'Angleterre, dans les Asturies dans l'Inde et dans la vallée des Cordillères.

Le goître sporadique s'observe à tous les âges. Demme a vu un goître de 102 grammes sur un enfant pesant 3 kilogrammes, et dans un cas cité par Danyau, il a été une cause de dystocie. D'autre part on l'a vu apparaître à un âge très avancé, à la ménopause. Mais il est bien sûr que le goître sporadique frappant davantage la femme que l'homme (26 h. sur 551 cas de goître, Laycock, Ecosse) doit être rattaché à l'influence des fonctions utérines. Ces mêmes fonctions d'ailleurs impriment une marche particulière au goître endémique, en sorte qu'elles jouent un grand rôle dans l'étiologie du goître en général.

Ces rapports n'ont pas été mentionnés par les auteurs anciens et même chez les modernes il faut arriver jusqu'à J. L. Petit pour trouver des indications précises à ce sujet.

L'illustre chirurgien, en effet, au commencement du siècle dernier, dans son *Traité des Maladies chirurgicales et des opérations* qui leur conviennent, avait reconnu ces influences spéciales sur la production du goître lorsqu'il dit : « Qu'il arrive assez souvent aux femmes à la suite de leurs couches, en conséquence des violents efforts qu'elles ont fait pour mettre leur enfant au monde que la glande thyroïde se gonfle et forme une tumeur considérable. » Il ajoute que cette maladie arrive quelquefois aux filles qui n'ont pas leurs règles ou en qui cette évacuation naturelle s'établit difficilement. Enfin il a constaté la dispari-

tion du goître, chez ces mères ou ces filles, sous l'influence d'une médication appropriée ou à l'occasion de la réapparition normale des règles.

Après lui, Boyer, Nélaton indiquent dans leur ouvrage de pathologie chirurgicale, la prédominance du goître chez la femme, mais ils ne font pas mention de l'état puerpéral.

Cependant les médecins accoucheurs constatent l'influence de la gestation, de la menstruation et de la ménopause sur le goître.

C'est ainsi qu'en 1845 M. Chailly Honoré écrivait dans un *Traité de l'Art des accouchements* : « le gonflement de la glande thyroïde survient plus souvent pendant l'accouchement que dans les autres circonstances. »

En 1860 le professeur Natalis Guillot fit une communication importante à la Société Médicale des Hôpitaux sur deux cas de goître chez des femmes enceintes. Il rappelle que l'illustre P. Dubois en avait observé un exemple à la Clinique de la Faculté.

M. Tarnier en a rencontré plusieurs cas et dans l'un il dut provoquer l'accouchement, mais la femme mourut peu de temps après. En 1872 M. le Dr Lévêque, élève de l'Ecole de Rennes, a soutenu devant la Faculté de Paris une thèse qui renferme nombre d'observations de goître. Plusieurs sont d'origine puerpérale, mais il n'en a tiré aucune conclusion au point de vue de la pathogénie de l'affection.

Un médecin anglais, Lawston-Tait, de Birmingham, a relaté en 1875, un certain nombre d'observations de goî-

tres, auxquels il ne pouvait trouver de cause endémique. Le goître avait apparu pendant la grossesse.

En 1876 le D Pastriot étudiait le goître persistant, dépendant de la grossesse et de l'accouchement.

En 1880 Porcher, dans sa thèse inaugurale « *Essai sur le goître dans ses relations avec les fonctions utérines* » a montré l'influence de la puberté, de la ménopause et de la grossesse sur le goître.

Un an après, Léon Plet relate l'influence de la grossesse sur les corps thyroïdes, mais il ne dit rien ou presque rien de la conduite à tenir.

Un des derniers travaux, semble-t-il, écrit à ce sujet, est celui du Dr Hermann Wolfgang Freung, qui en 1883, a rapporté plusieurs observations de goître au cours de la grossesse.

La même année, en avril 1883, au 12^e Congrès des chirurgiens allemands, Wölfler a discuté l'opportunité et le danger des opérations sur le goître chez les femmes enceintes.

En 1892, MM. Estor et Cadillac, dans le *Montpellier médical* rapportent un cas de goître hémorrhagique au cours d'une grossesse.

Enfin en 1896, Bérard, Léon, de Lyon, dans sa thèse inaugurale sur les opérations du goître (thyroïdectomie partielle, énucléation, exothyropexie) se montre partisan de l'exothyropexie pendant la grossesse. Mais il n'en donne aucun exemple.

CHAPITRE II

Corps thyroïdes.

Développement. — Notions anatomiques. — Rapports.

Le goître, avons-nous dit, est une tumeur du corps thyroïde. Qu'est-ce donc que le corps thyroïde et quels sont ses rapports?

Le corps thyroïde est une glande vasculaire siégeant à la partie antérieure du cou. Elle a la forme d'un demi-anneau, d'un croissant ou d'un fer à cheval, à concavité postérieure, dont la partie médiane est échancrée en haut et en bas. Elle se développe aux dépens d'une évagination médiane et de deux évaginations latérales de l'épithélium du pharynx. « La masse épithéliale, résultant du fusionnement de ces ébauches, pousse de nombreux cordons cellulaires cylindriques, qui à leur tour émettent des bourgeons latéraux. Ces bourgeons s'unissent ensuite en un réseau, dont les mailles se remplissent de tissu conjonctif embryonnaire, renfermant des vaisseaux nombreux et relativement volumineux. Ce stade se réalise chez l'homme pendant le 2^e mois de la vie intra-utérine.

Les travées épithéliales, disposées en réseau, se divisent en follicules caractéristiques de la glande thyroïde. Elles sont formées par des cellules cylindriques, disposées

d'une façon très régulière et délimitant un canal étroit. Puis elles prennent bientôt un aspect moniliforme : elles présentent de nombreux renflements très rapprochés les uns des autres et séparés par de faibles rétrécissements. Ces étranglements s'accroissent ensuite et finalement tout le réseau se trouve transformé en de nombreuses vésicules épithéliales petites et creuses, ce sont les *follicules*. Ils sont séparés par du tissu conjonctif, très abondamment pourvu de vaisseaux sanguins. Plus tard les follicules se dilatent par suite de l'accumulation dans la cavité du follicule d'une substance colloïdale sécrétée par les cellules épithéliales. » Hetwig p. 288. Mais bientôt le tissu conjonctif prend le dessus et chez le vieillard il arrive à étouffer les vésicules qui finissent par disparaître.

Artères. — Le corps thyroïde est une glande vasculaire. Quatre artères alimentent ces réseaux capillaires : les *thyroïdiennes supérieures*, branches de la carotide externe, et les *thyroïdiennes inférieures*, branche de la sous-clavière. A ces quatre artères s'ajoute parfois une cinquième impaire et médiane, la thyroïdienne médiane ou de *Neubauer*. Ces artères se divisent en de nombreuses petites artères flexueuses, qui cheminent d'abord à la partie superficielle de la glande, puis pénètrent à l'intérieur par les interstices conjonctifs et vont aboutir à la vésicule qu'elles entourent à la manière d'un filet.

Veines. — Ces veines sont : les *thyroïdiennes supérieures*, qui vont aboutir au tronc thyro-linguo-facial ou à la jugulaire interne, les *thyroïdiennes inférieures*, qui aboutissent au tronc veineux brachio-céphalique gauche ou dans la veine-cave supérieure ; les veines thyroïdien-

nes moyennes, non constantes qui aboutissent dans la veine jugulaire interne.

Les nerfs viennent du grand sympathique, quelques filets proviennent des récurrents et du laryngé externe, de la branche descendante du grand hypoglosse.

Rapports. — Les rapports du corps thyroïde sont très importants et intéressent au plus haut degré le chirurgien.

Par sa face postérieure, le corps thyroïde embrasse le cartilage cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée, la partie inférieure et latérale du cartilage thyroïde. Sur un plan plus profond il correspond au pharynx et à l'œsophage avec les nerfs récurrents.

Par son bord postérieur il est en rapport avec le paquet vasculo-nerveux du cou et principalement avec la carotide primitive qui le longe de bas en haut et se creuse sur lui un sillon vertical plus ou moins profond. Un peu plus en dehors on trouve la jugulaire interne et entre les deux plus profondément les nerfs pneumogastriques.

La glande thyroïde est maintenue dans sa position par les muscles qui la recouvrent, particulièrement les sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens, omoplato-hyoïdiens. Des liens fibreux étroits et solides (ligaments latéraux) l'attachent aux trois premiers anneaux de la trachée, et un ligament médian, prolongement de l'enveloppe fibreuse de la glande, vient l'unir à la fois à la face antérieure du cricoïde, à la lamelle aponévrotique qui recouvre les muscles crico-thyroïdiens, et au bord inférieur du cartilage thyroïde (Sappey). Grâce à cette solide union avec le larynx et la trachée, la glande thyroïde participe à tous leurs mouvements.

CHAPITRE III

Physiologie du corps thyroïde.

Les fonctions du corps thyroïde sont encore peu connues. Longtemps on l'a considéré comme une glande vasculaire sanguine. M. Félix Guyon se basant sur une série d'expériences faites sur des femmes en travail, lui fait jouer un rôle mécanique pendant le phénomène de l'effort.

Pendant un effort prolongé la circulation éprouve un ralentissement dans la veine-cave supérieure ; il en résulte une augmentation de tension sanguine et une distension dans le système veineux qui en dépend. Le corps thyroïde, qui, comme nous venons de le voir, est un organe essentiellement vasculaire, tend aussitôt à augmenter de volume. Mais l'effort détermine une contraction des muscles du cou et du tronc, et immobilise le larynx et la trachée au devant de la colonne vertébrale. Comprimée alors à la région antérieure par les muscles et l'aponévrose du cou, la glande ne pourra se développer qu'en arrière ; elle viendra alors presser sur les artères carotides et y suspendre la circulation, tandis que la circulation veineuse restera libre dans les veines jugulaires. C'est ce qui paraît ressortir des expériences auxquelles s'est livré M. Guyon. En effet ayant examiné

dix-neuf femmes au moment du travail, il a pu constater chez toutes le phénomène suivant :

Au moment où la femme se livrait à un effort il suffisait d'explorer une des branches de la carotide externe, la temporale par exemple, pour reconnaître que l'intensité des battements artériels y diminuait d'une manière notable ; à mesure que l'effort se prolongeait, la diminution devenait de plus en plus sensible. Chez plus de la moitié il y avait même alors disparition totale des pulsations. Pendant tout ce temps le pouls radial, conservait à peu près sa force normale. Grâce à ce mécanisme les centres nerveux sont mis à l'abri de dangers continuels ; le corps thyroïde agit comme une véritable soupape de sûreté. Il s'oppose à une augmentation trop considérable de la tension sanguine dans les vaisseaux de l'encéphale, ce qui ne manquerait pas d'arriver si, pendant l'effort, le sang continuait d'affluer avec la même abondance dans les artères carotides.

Le corps thyroïde se gonfle donc et se congestionne sous l'influence des efforts et en particulier au moment du travail, si bien qu'il a pu donner naissance à un goître (Observation XX).

Oui mais à côté de ce rôle purement mécanique le corps thyroïde joue un rôle plus élevé, mis en lumière par Schiff 1856 et dernièrement par M. Gley.

D'après ces auteurs la glande thyroïde jouerait un rôle important dans la nutrition en détruisant et transformant une substance toxique.

Le corps thyroïde est donc une glande vasculaire, mais

une glande vasculaire à sécrétion interne, versant le produit de sécrétion dans le sang.

Que le corps thyroïde ne se développe pas ou bien que par suite d'un goître ou d'une tumeur quelconque cette fonction vienne à faire défaut, le myxœdème se produit et la mort s'en suit à bref délai.

CHAPITRE III

Variétés de goître.

Si le corps thyroïde normal et ses fonctions sont intéressants à connaître pour le médecin et le physiologiste, rien de ce qui touche au corps thyroïde pathologique, au goître, ne doit être ignoré du praticien et de l'accoucheur surtout. De cette connaissance dépend la vie de nombre de mères et de nombre d'enfants.

Nous avons vu qu'au point de vue étiologique on décrivait les goîtres endémique, épidémique, et sporadique. Nous avons vu aussi le rôle joué par la grossesse sur les goîtres endémique et sporadique.

Au point de vue anatomo-pathologique et clinique il n'est pas moins intéressant d'en connaître les variétés, d'autant plus que cela peut nous aider à comprendre et à prévoir les accidents qui se produiront.

Un mot tout d'abord du goître exophtalmique, qui est un syndrome plutôt d'ordre médical et contre lequel nous sommes plus ou moins impuissants.

D'ailleurs il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic différentiel.

On connaît en effet des exemples de goîtres proprement dits, héréditaires ou sporadiques, qui se sont compliqués

d'accidents cardiaques et nerveux, si bien qu'on a pu porter le diagnostic de goître exophtalmique. Ces goîtres sont exophtalmiques secondairement, ce sont de faux goîtres exophtalmiques. Dans la thèse de Bénard 1882 on trouve trois exemples de faux goîtres exophtalmiques l'un était un goître parenchymateux, le second un sarcome du corps thyroïde et le troisième un kyste.

Ils rentrent donc dans les variétés que nous allons décrire.

Quant au goître exophtalmique vrai nous verrons (observation VI) l'influence heureuse d'une grossesse pendant le cours de la maladie.

Ce n'est d'ailleurs pas le seul exemple car Trousseau en cite trois autres cas.

Le goître héréditaire ou sporadique peut être total ou partiel, diffus ou nucléaire, parenchymateux, fibreux, colloïde, kystique, vasculaire.

Le goître parenchymateux encore appelé folliculaire, mou ou glandulaire est une tumeur molle, pâteuse, assez régulière, de volume modéré.

Les phénomènes de compression y sont rares. Mais lorsqu'il s'enflamme et qu'il suppure il est le plus dangereux. Obs. XIII, XIV, XV, XVI.

En vieillissant il devient kystique, colloïde ou fibreux et de bénin qu'il était il peut donner lieu à tous les accidents.

Le goître fibreux dérive comme nous l'avons déjà dit du goître folliculaire par hyperplasie, puis sclérose du tissu conjonctif interstitiel. Parfois cette transformation n'est que partielle, et, par places, on trouve des parties

dures, blanchâtres, nacrées, criant sous le scalpel. Ces indurations sont tantôt diffuses, disséminées sans ordre dans le tissu glandulaire voisin ; tantôt elles sont en forme de noyaux circonscrits, de dimensions très diverses, contenus dans une coque dont elles sont facilement énucléables.

Quelquefois au contraire la sclérose est totale. La glande est alors rétractée, c'est dans ce cas surtout que le goître est dangereux, qu'il entoure la trachée et devient constricteur. Observations VII et suivantes.

Le goître colloïde est celui qui atteint les plus grandes dimensions.

Sur la coupe on voit une infinité de loges petites ou grandes, énormes même, remplies d'une gelée jaunâtre amorphe ou granuleuse ressemblant à de la colle forte. Les loges sont polyédriques ou applaties.

C'est surtout un goître déformant moins dangereux que la variété précédente, à condition que les aponévroses du cou cèdent sous la pression et que le goître ne se forme pas trop vite.

Le goître kystique présente des variétés anatomiques très nombreuses. Les kystes y sont grands ou petit uniloculaires ou multi-loculaires, nombreux ou rares. Leur paroi est mince ou souple, épaisse, rigide, calcifiée même après évacuation. Si on l'incise on la voit tantôt lisse, tantôt incomplètement cloisonnée par des saillies plus ou moins marquées, tantôt même hérissées de végétations intra-kystiques. Le contenu est, suivant les cas, un liquide un peu jaune ou incolore, quelquefois filant, riche en mucine : il y nage des cellules épithéliales, des paillettes de

cholestérine, mais parfois les éléments solides l'emportent et l'on se trouve en présence d'une véritable bouillie. Il peut avoir la couleur du chocolat, café au lait ou lie de vin. Enfin chez certains malades, des hémorrhagies peuvent avoir lieu dans l'intérieur des kystes et l'on se trouve en présence d'un sang noir, parfois rutilant comme du sang artériel. De là des accidents plus ou moins graves dûs à la compression ou à la quantité de l'hémorrhagie.

Nous arrivons enfin au goître vasculaire. Dans tout goître les vaisseaux thyroïdiens sont augmentés de volume, mais il est une forme assez commune dans laquelle l'hypertrophie vasculaire est la lésion dominante.

Les vaisseaux artériels et veineux, qui se rendent à la glande ou rampent dans son épaisseur, sont dilatés. Mais c'est spécialement sur les artères que la lésion a été observée. Dans un premier degré les vaisseaux thyroïdiens devenus le siège d'une circulation plus active, déterminent un état congestif de l'organe, sous l'influence duquel le corps thyroïde se trouve sensiblement augmenté de volume. « Cet état congestif du corps thyroïde qui le plus souvent n'a qu'une durée limitée et se termine par résolution, a cependant été deux fois constaté anatomiquement après la mort des malades par Bach.

Chez un enfant mort par suite de la longueur du travail de l'accouchement le cou était devenu très volumineux et il a trouvé à l'examen anatomique que le corps thyroïde était gorgé de sang et ressemblait à un morceau de poumon hépatisé, les artères et les veines thyroïdiennes étaient gorgées de sang. Sur une femme morte d'é-

clampsie et chez laquelle il existait une tumeur vasculaire considérable de la glande thyroïde, il a trouvé que l'incision de cette glande laissait écouler du sang en abondance. A la suite de cette incision la glande s'est affaissée de moitié. Pas de lésions anatomiques, dilatation simple des vaisseaux.

Dans un second degré, le sang au lieu d'être contenu dans les vaisseaux en est sorti. L'épanchement se fait dans le tissu fibreux de la thyroïde et non dans les vésicules. C'est à cette forme qu'on a donné le nom d'apoplexie thyroïdienne. Bach a trouvé deux exemples de cette variété de tumeur apoplectique du corps thyroïde. Le noyau apoplectique qui résulte de cette hémorrhagie peut se transformer en tumeurs, liquides ou kystiques : mais parfois aussi il peut se faire une rétraction, puis une hypertrophie fibreuse. Bach a même donné deux observations de compression de la trachée artère par suite de la rétraction.

Dans un troisième degré enfin le sang peut couler au dehors et dans ce cas l'hémorrhagie est si terrible, si difficile à arrêter qu'elle nécessite une prompt intervention.

Tel est le cas publié par Estor et Cadillac (Obs. XXII).

La dilatation peut enfin porter exclusivement sur les veines et donner lieu au goître veineux ou variqueux.

CHAPITRE IV

D'après les rapports du corps thyroïde (v. p. 16) d'après les variétés de goître il est facile de comprendre et de prévoir les accidents qui peuvent se produire chez une personne goitreuse, si pour une raison quelconque ce goître vient à augmenter subitement. Or parmi ces causes qui impriment une marche plus rapide à l'affection, la grossesse est celle qui joue peut-être le plus grand rôle. Nous allons facilement nous en convaincre en lisant les observations qui suivent, elles seront plus éloquentes que tout ce que nous pourrions dire à ce sujet.

OBSERVATION I

(personnelle, Cl. Baudelocque).

La femme B. V... âgée de 28 ans, cuisinière, vient à Baudelocque pour accoucher.

Cette femme est née dans les Hautes-Pyrénées, pays où le goître est fréquent. Sa mère était porteuse d'un goître.

Deux de ses sœurs en sont atteintes.

Ses parents paternels n'en avaient pas.

Cette femme a été réglée à 14 ans 1/2.

Ses règles ont été toujours régulières.

Elle perd pendant 6 à 8 jours.

Venue à la clinique Baudelocque le 26 janvier 1900 à 1 heure du matin, elle accouche à 7 heures 30 du matin d'un enfant mâle, bien constitué pesant 3210 grammes.

Cette femme présente sur la partie latérale gauche du cou, une tumeur arrondie, lisse, mobile sous la peau et les parties profondes, du volume d'un gros œuf de poule. Elle a une consistance molle et pâteuse, est aplatie et ne plonge pas sous le sternum. Elle arrive jusqu'à la clavicule, présente quatre travers de doigts de hauteur sur trois de largeur. L'os hyoïde est très mobile et dévié à droite.

Lorsqu'elle avale on sent que le bol alimentaire est dévié considérablement à droite, ce qu'elle exprime en disant : *j'avale du côté droit*. Pendant la déglutition la tumeur remonte.

La peau du cou est saine ; les veines superficielles ne sont pas plus visibles qu'à l'état normal.

Actuellement la tumeur ne présente pas de pulsations, mais la femme prétend que lorsqu'elle est enrhumée cette tumeur est animée de battements.

Somme toute cette tumeur est une tumeur du corps thyroïde, c'est un *goître*.

Il s'est développé vers l'âge de 10 à 11 ans et a augmenté de volume jusqu'à 14 ans 1/2, époque à laquelle cette femme a été réglée. Depuis il est resté *stationnaire*.

Pendant la grossesse la tumeur n'a pas augmenté de volume, elle n'éprouve pas de changement au moment des règles. Mais la femme V... prétend que pendant ses règles elle éprouve plus de difficulté à parler, se plaint de surdité et de douleur dans la région temporale gauche.

La malade nasonne beaucoup et souffre pour respirer par la narine gauche.

En 1892 on lui a enlevé trois polypes rhino-pharyngiens (?)

La malade mesure 37 centimètres de tour de cou.

Elle *allaite* son enfant.

Je la vois tous les deux jours jusqu'au 6 février et rien d'anormal ne se produit du côté du goître qui reste *stationnaire*.

Je la revois le 2 avril chez elle et je constate que la parole est plus facile. La malade ne se plaint plus de sa surdité ni de douleur dans la région temporale.

Son cou ne mesure plus que 35 centimètres.

Le 22 avril la femme ne présente rien de particulier. Le cou mesure 35 centimètres comme précédemment, mais bien qu'elle se livre à un travail assez pénible, (elle fait des ménages en ville), elle prétend qu'elle ressent moins la fatigue qu'avant.

OBSERVATION II

Clinique Baudelocque.

Femme B... Julia, sans profession, âgée de 31 ans, née à Argentat, Corrèze, a vu un goître se développer à 17 ans. Avait été réglée à 15 ans.

Première grossesse à 23 ans en 1890 ; a accouché chez elle à terme, après deux jours de travail.

L'enfant se présentait par la face d'après elle et a vécu 9 jours. *Le goître a augmenté pendant cette grossesse et a diminué ensuite.*

Deuxième grossesse en 92 ; est venue accoucher, le 1^{er} décembre 1892, à la clinique Baudelocque.

Accouchement provoqué à l'aide du ballon Champetier, tentatives infructueuses d'application de forceps au détroit supérieur.

Enfant vivant pesant 3500 gr. ; élevé au biberon par sa grand'mère, actuellement bien portant. Mère a eu de la bronchite après son accouchement.

Troisième grossesse en 1898. Vient accoucher, le 10 octobre 1898 à Baudelocque, spontanément d'un enfant pesant 2740 gr.

Elle avait un bassin vicié canaliculé D. PSP. 10, 8.

Goître a augmenté de nouveau pendant sa dernière grossesse.

La mère a allaité son enfant. Rien d'anormal du côté du goître, qui n'a pas augmenté.

OBSERVATION III

Clinique Baudelocque.

M..., Marie 34 ans, journalière, née à Serroux (Corrèze), vient accoucher à terme le 6 juin 1898 à la Clinique Baudelocque, d'une petite fille pesant 2450 gr. Elle avait eu déjà trois accouchements.

Un premier le 21 décembre 1887 : garçon, présentation du sommet, accouchement spontané, prématuré à 7 mois 1/2. Enfant a vécu 40 jours, nourri au sein maternel.

Mère ne s'était pas reposée. Retour des règles 6 semaines après l'accouchement ; Un second le 24 septembre 1892 ;

fille, présentation du sommet, accouchement spontané à terme. Enfant nourrie au sein 18 mois par la mère ; bien portante ;

Un troisième accouchement le 18 juin 1895, fille à terme, nourrie 23 mois au sein maternel. Bien portante.

Trois pères différents bien portants. Même père pour la seconde et la troisième grossesse.

Cette femme n'a pas d'antécédents pathologiques. Elle a été réglée à 17 ans. Régulièrement. Elle porte un goitre qui a débuté dans son enfance. Il n'a pas sensiblement augmenté de volume pendant ses grossesses.

C'est un goitre bilatéral, plus développé à droite.

La mère a allaité ; le goitre n'a pas augmenté.

OBSERVATION IV

(In thèse Pastriot).

D... Julie, âgée de 35 ans, journalière, est affectée d'un goitre d'origine puerpérale. Née à Cerny, Seine-et-Oise, où l'on n'observe pas de goitre endémique. Réglée à 13 ans. Bien réglée jusqu'à 21 ans. A cette époque 1^{re} grossesse. Point de manifestation du côté de la glande thyroïde. Douze ans plus tard 2^e grossesse. Vers le septième mois de la grossesse, apparition d'une petite tumeur dans la région du corps thyroïde. La tumeur fait de petits progrès mais il ne se produit pas d'accident.

Enceinte pour la troisième fois en juillet 1875. Depuis la tumeur s'est accrue et a le volume du poing d'un adulte.

Attaques de suffocation.

La malade entre à l'hôpital le 18 septembre 1876. *Elle nourrit son enfant.*

Le 19. — Ponction exploratrice. Il s'écoule un peu de liquide semblable à celui des kystes séreux. La suffocation disparaît, le liquide revient clair.

Le 23 septembre. — Liquide se reproduit, voix enrouée. Injection de teinture d'iode diluée au cinquième.

Le 27 septembre. — Malade sort et la tumeur persiste du côté gauche. Encore un peu d'enrouement.

1^{er} novembre. — Tumeur diminuée. Plus de suffocation, plus d'enrouement.

OBSERVATION V (idem)

R... Marie entre à l'Hôtel-Dieu le 15 janvier 1875. Elle porte une tumeur qui fait saillie entre les deux sternomastoïdiens et qui appartient bien au corps thyroïde; elle a le volume d'un gros œuf, siège à gauche et est molle au toucher.

La malade a été toujours bien réglée; pas d'antécédents pathologiques, pas d'antécédents goitreux.

Elle est née dans le Puy-de-Dôme, puis a successivement habité Lyon et Paris.

En 1869, première grossesse; son cou enfle à la fin du quatrième mois et augmente peu à peu; enfin elle accouche naturellement et à terme, elle n'allait pas son enfant.

La tumeur reste stationnaire.

En 1870, deuxième grossesse, la tumeur augmente, accou-

chement naturel. *Mère allaite son enfant et la tumeur reste stationnaire*, elle n'a d'ailleurs pas augmenté notablement depuis cette époque. Il n'y a pas chez elle de suffocation, ni d'enrouement.

Elle était rentrée à l'hôpital pour une bronchite, elle sort sans se préoccuper de son goître.

OBSERVATION VI

Goître exophtalmique. Influence heureuse d'une grossesse pendant le cours de la maladie.
Gazette des Hôpitaux 1862.

Mme X... petite et délicate dans son enfance subit à l'âge de 15 ans, à la suite d'une coqueluche, une croissance rapide, qui détermine un ébranlement profond dans sa constitution. Il se produit une légère déviation de la taille, en même temps se prononçaient tous les symptômes d'un tempérament nerveux très accusé ; elle était pâle, anémique et d'une impressionnabilité excessive.

Mme X... se marie en septembre 1860 à l'âge de 18 ans. Vers le mois d'octobre de la même année, apparition d'une tumeur thyroïdienne marquée surtout au côté droit du cou. Quelques semaines après, exophtalmie double. Essoufflements, palpitations au moindre effort ; faiblesse et amaigrissement.

Règles incomplètes et irrégulières, puis disparition.

En 1861, M. Durieu de Chalais, Charente, appelé, constata un amaigrissement et une faiblesse extrême, de l'inappétence, une soif ardente et de l'insomnie.

Voyage à Paris. Examen par Trousseau et Charcot.

5 mars 1861. — Exophtalmie double très prononcée sans troubles de la vision. Tumeur thyroïdienne du volume d'une grosse orange, formée en grande partie par le lobe droit de la glande thyroïde. Pouls : 130-140, petit, dépressible, régulier.

Cœur. — Volume normal. Souffle assez rude à timbre métallique coïncidant avec le premier bruit. Battements carotidiens très énergiques, visibles à distance ; souffle continu à double courant très intense et frémissement très marqué sur les régions carotidiennes.

Poumons. — Toux sèche. Dyspnée surtout nocturne. Murmure respiratoire normal.

Tube digestif. — Digestions difficiles, inappétence, amaigrissement, anémie profonde.

Traitement. — 1° Teinture éthérée de digitale 20 à 30 gouttes pendant dix jours chaque mois.

2° Dix jours suivants : oethiops martial mêlé à l'extrait d'absinthe 0,60 à 0,90 centigr. par jour.

3° Bains de 15° centigrades de trois minutes tous les jours ;

4° Deux cuillerées de vin de quinquina tous les jours ;

5° Vessie pleine d'eau glacée pendant une heure matin et soir sur goître et région du cœur.

6° Conseillent une grossesse.

28 avril 1861. — Pas d'amélioration.

M. Cariot conseille opium et assa fœtida pendant quelques jours. Médication ancienne continuée.

Mai 1861. — Amélioration de tous les symptômes Pouls à 100.

Fin juillet 1861. — Amélioration bien plus prononcée.

Pouls 75-80. Appétit reparait. Digestions faciles. Embonpoint. Goitre disparu à gauche ; à droite tumeur réduite au quart. Exophtalmie persistante.

A la même époque signes de grossesse.

Note du 16 août 1862. — Grossesse à terme.

Accouchement le 21 avril 1862. Enfant peu volumineux mais vivace. Suites de couches heureuses. Rétablissement rapide. Depuis la santé a continué à se raffermir. Menstruation a reparu et s'est régularisée. Exophtalmie persiste mais moins prononcée qu'avant la grossesse. Goitre subit des fluctuations. Il disparaît pour reparaitre quelques jours après sans cause connue.

OBSERVATION VII

Natalis Guillot. Arch. Gén. de médecine 1860 (1).

Une jeune femme de 29 ans environ, née à Paris, de bonne apparence, non scrofuleuse, fut bien réglée jusqu'à sa dernière grossesse, à la suite de laquelle la menstruation reparut encore régulièrement.

Elle s'aperçut qu'après sa première grossesse datant de quatre ans, son cou était devenu plus gros que d'habitude. Elle fit peu d'attention à ce phénomène, qui ne changea que pendant la seconde grossesse, c'est-à-dire il y a deux ans environ ; elle est accouchée depuis dix-neuf mois.

Cette jeune femme entra à l'hôpital Necker, je ne découvris chez elle aucune autre lésion que celles que je vais indiquer.

1. Et Thèse Plet, 1881.

On constate, à la partie antérieure du cou, une tumeur volumineuse dont la circonférence peut être de 30 centimètres recouverte par une peau saine, mobile et s'étendant depuis le cartilage thyroïde jusqu'au sternum, elle gêne les mouvements du cou, empêche le decubitus dorsal. La malade est sujette dit-elle à des névralgies frontales; elle a des accès d'asthme.

La respiration est gênée lente et sifflante pendant l'inspiration et l'expiration. La voix n'est pas timbrée, elle est sourde et pénible.

Cette femme raconte que tous les phénomènes se sont produits avec lenteur et que l'intensité s'en est constamment accrue; *elle en rapporte bien l'origine à sa première grossesse et le nouveau progrès à sa nouvelle gestation.*

Elle est gênée par les vêtements, elle a une peine de plus en plus grande à marcher en montant, à faire un effort et même à rester couchée. Les souffrances qu'elle ressent s'exaspèrent de temps à autre, elle éprouve des envies de dormir, des douleurs profondes dans la poitrine et des palpitations: *la suffocation devient alors imminente.*

Ces sortes d'accès d'abord faibles et éloignés les uns des autres, se rapprochent, se multiplient et causent un grand trouble à la malade. Tous ces accidents se produisent à l'hôpital quoique la malade puisse se lever et marcher pendant chaque moment de bien-être. Ils deviennent fort graves et environ huit jours après le moment où je la vis pour la première fois, je la crus près d'expirer.

Pendant chacun des accès de suffocation, la malade accusait une vive douleur dans la région moyenne des côtés du cou jusqué dans les parties profondes de la poitrine;

elle se plaignait encore plus de cette douleur que de la difficulté de respirer. Un assoupissement continu accompagna *l'asphyxie qui succéda à l'un des accès et qui fit périr la malade.*

J'ignore le traitement que dut subir cette malade avant son entrée à l'hôpital. Je lui fis pratiquer une saignée, elle prit des pédiluves, elle reçut quelques lavements purgatifs et vers la fin de la vie tous ses membres furent couverts de sinapismes. M. Lenoir à qui je la fis voir, ne la jugea pas opérable.

Autopsie. — Le corps thyroïde avait à peu près acquis le volume d'un cerveau humain, comprimant les deux nerfs pneumogastriques, les deux artères carotides et la trachée artère. Cette masse était divisée en trois lobes dont deux seulement apparaissaient à l'extérieur, quoique le lobe moyen fût placé entre eux, mais il était plus petit que les autres.

En arrière de la tumeur se trouve la trachée, aplatie, dont le diamètre antéro-postérieur n'excède pas 3 millimètres, le diamètre bilatéral étant de deux centimètres. Cet aplatissement commence au-dessous du larynx et se prolonge dans presque toute la longueur du canal, sans qu'il y ait la plus petite trace d'autre lésion sur la membrane muqueuse.

Sur les côtes du cou, les deux carotides et les nerfs pneumogastriques étaient évidemment comprimés sur les apophyses des vertèbres par le poids des lobes de la tumeur. Les poumons étaient congestionnés et les bronches remplies de matière écumeuse.

La consistance de la tumeur était plus ferme que dans

l'état ordinaire, ce qui était dû à l'abondance du tissu fibreux formant, par toute la tumeur, de larges cloisons épaisses et multiples quoique leur densité ne fût pas aussi forte que celle du tissu fibreux ordinaire.

Le caractère du tissu de ces cloisons était bien celui que l'on attribue au tissu fibreux ; il était représenté par une série d'éléments rectilignes dont quelques-uns portaient encore le relief d'un nucléole. Les éléments feutrés, par un mélange intime, formaient les cloisons et les contours des loges dont les diamètres étaient bien autrement considérables que d'ordinaire. C'étaient en effet des loges dont la longueur était en des points supérieure à 3 centimètres, en d'autres points égale à 2 ou 3 millimètres représentant une série d'intermédiaires, depuis le diamètre normal jusqu'aux dimensions que je viens d'indiquer.

Les parois de ces loges étaient blanchâtres, nacrées et quoiqu'elles ne fussent pas très denses, elles étaient en réalité composées de tissu fibreux, dont le microscope révélait très nettement les caractères ; la surface des petites loges formées par ces enveloppes de tissu fibreux, devait être couverte d'épithélium car on en découvrait les apparences mêlées aux globules contenus dans chaque loge. Mais les cavités plus larges qui s'éloignaient de l'état normal ne contenaient plus aucune apparence de cellules épithéliales, on n'y rencontrait autre chose qu'une série de granulations transparentes, sphéroïdales, nucléolées ou non, telles que celles qui sont ordinairement enfermées dans les cellules normales du corps thyroïde.

Sauf le volume produit par l'accumulation excessive des éléments anatomiques de ce corps thyroïde hypertrophié,

tout en lui, était donc semblable à ce que l'on observe dans un corps thyroïde ordinaire. La seule différence était caractérisée par l'absence d'épithélium dans les cavités les plus modifiées en apparence, on peut donc être autorisé à considérer cette lésion du corps thyroïde comme une hypertrophie des éléments fibreux et granuleux qui constituent cet organe.

OBSERVATION VIII (idem)

Trachéotomie. Mort.

Une dame de trente ans, confiée aux soins de M. Angouard fils, vivant dans l'aisance, d'une constitution excellente, n'ayant jamais été malade, née et habitant loin des localités favorables au développement du goître, fut surprise de voir, pendant sa première grossesse, la région antérieure de son cou se tuméfier graduellement; comme elle ne souffrait pas et que les progrès de cette tuméfaction étaient lents, elle s'en occupa à peine.

Les règles revinrent après cette grossesse. Dix-huit mois après en 1855, elle eut un nouvel enfant; l'accouchement fut heureux, elle *nourrit son enfant*. Pendant cette grossesse, la tumeur du cou augmenta de nouveau et devint gênante; *à quatorze mois on cessa l'allaitement* de l'enfant. Les règles, qui étaient revenues depuis quelques mois, continuèrent d'être régulières.

La tumeur, qui croissait lentement, gênait les mouvements du cou, la respiration devenait souvent pénible; des douleurs s'irradient depuis le cou, jusque dans la région

précordiale, accompagnées de névralgies faciales, de palpitations et de vomissements, tourmentaient subitement la malade. Des syncopes précédées de vertiges, suivies d'asthme intermittent et de suffocation, causaient de grandes inquiétudes au médecin et terrifiaient la malade ; le timbre de la voix s'affaiblissait malgré les excellentes conditions de la constitution.

Je vis la malade en 1858 avec M. Trousseau, je la trouvai debout, n'ayant, au premier aspect, aucune apparence de souffrance ; l'intelligence était nette ; la fatigue causée par la conversation, l'affaiblissement du timbre de la voix étaient évidents ; néanmoins cette dame me mit parfaitement au courant des phénomènes qu'elle éprouvait.

La tumeur dont le diamètre pouvait être de 2 décimètres en tous sens, était lisse et recouverte par des téguments parfaitement sains, sauf quelques rares vésicules apparaissant au-dessus de la peau ; elle était partagée en deux lobes, dont la séparation était peu distincte : sa consistance était celle d'un lipome arrondi, sans bosselure.

En la comprimant on déterminait une grande gêne de la respiration ainsi que des étourdissements.

La seule lésion, que je pus découvrir, fut l'hypertrophie du corps thyroïde, et les seuls accidents que je constatai en étaient la conséquence non douteuse.

Il fut résolu avec Angouard fils et Trousseau, qu'en cas d'absolue nécessité et de suffocation imminente l'opération de la laryngotomie pourrait être pratiquée, malgré l'incertitude du résultat qu'elle pourrait produire.

Cette opération eut lieu le 19 décembre 1858, quelques jours après la réunion avec Angouard et Trousseau.

Pendant la nuit, M. Richet fut appelé en toute hâte par le médecin ordinaire et par la famille auprès de la malade, qu'il trouve asphyxiée.

Malgré de grandes difficultés, l'opération faite rapidement fut suivie d'un résultat d'abord heureux, l'asphyxie disparut et la malade fut soulagée, mais le 21 décembre elle succomba.

L'examen anatomique ne put être fait.

OBSERVATION IX

Tarnier. Traité d'Acc. de Cazeaux. 10^e édition. Accouchement provoqué. Mort.

En 1861, dit M. Tarnier, j'ai observé le fait suivant à l'hôpital des Cliniques. Une primipare, goitreuse depuis longtemps, vit la tumeur du cou faire de rapides progrès pendant la grossesse. Au sixième mois la respiration devint très difficile et de véritables accès de suffocation l'amènèrent à l'hôpital. Les accidents étaient si menaçants à la fin du huitième mois que *je fus obligé de provoquer l'accouchement ; la malade mourut dans un accès de suffocation.* Mon ami le Dr Tillaux alors professeur de la Faculté, voulut bien se charger de la dissection de la tumeur et constata que la *glande thyroïde hypertrophiée comprimait la trachée.*

OBSERVATIONS X et XI

W. A. Freund et rapportées par le Dr Hermann.

Accouchements provoqués.

Cas heureux.

1° Le premier cas se rapporte à une femme de 26 ans, dont la mère avait un gros goître et qui elle-même avait eu étant jeune fille, à l'âge de la puberté, un goître du côté droit qu'un traitement à l'iode n'avait jamais fait disparaître. Pendant sa première grossesse, à 20 ans, le goître augmenta jusqu'à l'accouchement, après quoi il revint à son état antérieur. *La femme n'allaita pas.* Pendant la deuxième grossesse, à 24 ans, le goître augmenta dès le commencement. Au troisième mois arriva la dyspnée. Dès le quatrième mois, crises d'étouffements fort pressantes. Il en résulta *un avortement spontané*, à la suite duquel le goître fondit rapidement et *les troubles dyspnéïques disparurent.* A la troisième grossesse, à 26 ans, le goître se comporta comme pendant la deuxième. Il s'accrut rapidement et produisit, dès le troisième mois, une dyspnée si considérable que la femme était obligée de rester, nuit et jour, assise sur une chaise.

La femme étant robuste et sanguine, on la traita par une nourriture peu abondante et des purgatifs salins ; on lui fit une saignée. Les deux jours suivants, les troubles augmentèrent tellement que la femme, instruite par l'heureux effet de son précédent avortement, demanda après une nouvelle crise de dyspnée, de la façon la plus pressante, qu'on arrê-

tât de même sa grossesse. Le soir on la fit avorter par la perforation des membranes. Vingt-quatre heures après *le fruit fut expulsé et le goître diminua.*

2° Le deuxième cas se rapporte à une femme de trente ans, enceinte pour la deuxième fois, et qui avait déjà un goître. Pendant sa première grossesse elle n'en avait pas souffert durant tout le temps *de l'allaitement*, (six mois), *état stationnaire*. A la deuxième grossesse, un an et demi après, le goître grossit lentement et gêna la respiration au bout de cinq mois. L'iode et les purgatifs restaient sans effet. Ces troubles, accompagnés de palpitations de cœur, atteignirent au 8^e mois une telle intensité qu'on dût provoquer l'accouchement prématuré. Quand l'expulsion fut terminée, ce qui n'arriva qu'après des étouffements si terribles, qu'on dût saigner cette personne plétorique, le goître diminua de volume jusqu'à ce qu'il revint à son état antérieur.

OBSERVATION XII

Cité par de Burine.

Cas de Howitz. Revue médicale de Strasbourg N. F. III p. 472.
Opération césarienne.

Femme enceinte de 8 mois, à qui un gros goître causait de telles oppressions qu'elle ne pouvait s'étendre, ni même plus tard s'asseoir. Comme le danger de mort par suffocation devenait plus menaçant, que la trachéotomie était impossible par suite de la position profonde du goître et que l'accouchement prématuré artificiel était un moyen évidem-

ment trop lent et douteux, on s'arrêta à l'opération césarienne. La malade accepta mais mourut subitement quelques jours après par suffocation au moment où elle saisissait un verre d'eau.

OBSERVATION XIII

Hecker

gros enfant
**Thyroïdite aiguë pendant la grossesse.
Suffocation. Mort.**

Femme de 36 ans, enceinte pour la quatrième fois, se fait recevoir à l'hôpital pour une tuméfaction notable de la glande thyroïde, qui occasionne un peu de gêne respiratoire. Bonne santé habituelle.

Accouchement normal comme les fois précédentes (28 novembre 1862).

Trois ans plus tard, la même femme revient enceinte pour la cinquième fois.

Tuméfaction œdémateuse des membres inférieurs, du ventre et des mains. L'urine est très albumineuse.

La glande thyroïde semble avoir encore augmenté. L'enfant vit et la mère s'attend à accoucher d'un moment à l'autre. Elle a eu il y a trois semaines un accès de suffocation, quelques jours après son entrée, troubles de la vue, accès *subit de suffocation amenant la mort*. Sept minutes après on fait l'opération césarienne et on retire un enfant pesant 7 livres. Malgré les battements du cœur que l'on constate, on ne peut le sauver.

A l'autopsie. — Cerveau plus mou, un peu de liquide sous l'arachnoïde et dans les ventricules. (Edème des pou-

mons, cœur sain. La glande thyroïde est très développée à droite et au centre. Le lobe droit passait sous la clavicule, sous la première côte et arrivait jusque sur le sommet du poumon. Les conduits aériens et œsophagiens étaient fortement déviés à gauche et comprimés. Foie très gros, ectasies capillaires nombreuses. Reins avec inflammation parenchymateuse au deuxième degré. Sang très fluide, mousseux

OBSERVATION XIV (Chantreuil 1866)

Thyroïdite aiguë dans l'état puerpéral. Guérison.

Jeune femme de 22 ans, primipare, accouchée à la Maternité le 3 août 1866. Quinze jours après douleurs dans le côté droit du cou.

Lobe droit du corps thyroïde gonflé. La malade ne peut pas remuer la tête, se plaint de maux de gorge et ne peut avaler. A l'examen de la gorge pas de lésion.

Pas d'altération de la voix, respiration fréquente. Un peu de suffocation. La tumeur est très douloureuse à la pression.

Les douleurs s'exaspèrent le 20 août. Fièvre, rougeur de la peau, empâtement ; la tumeur augmente de volume.

Le 23 — Il ya du mieux, l'empâtement a disparu : moins de sensibilité à la pression.

Le 24. — La tumeur diminue sensiblement de volume, douleurs bien moins vives.

Le 25. — Amélioration de plus en plus sensibles.

Le 10 septembre. — La malade est guérie.

OBSERVATION XV (J. L. Petit).

Goître suppuré.

Mon épouse, dit J. L. Petit, après une couche suivie d'un gros rhume qui la fit tousser pendant plus d'un mois, s'aperçut d'une tumeur au col, au-dessous du cartilage thyroïde ; elle était molette et ne lui causait aucune douleur ; elle resta même longtemps sans grossir au point de n'être aperçue par d'autres que par elle : il est vrai que la graisse la cachait en partie.

Au bout de quatre à cinq ans, devenue plus considérable elle commença d'inquiéter la malade ; on appliqua tous les remèdes usités.

La malade n'en souffrait pas, elle mangeait et buvait comme d'habitude et vaquait à toutes ses affaires.

La tumeur devint molle et comme elle gênait la malade pour avaler on se décida à faire l'opération. On fit une ponction avec un trocart. Il sortit environ une pinte de matière, qui était tout au plus la moitié du contenu : j'en retirai autant douze heures après et le lendemain l'on sortit encore une chopine. Le liquide consistait dans un mélange blanchâtre, sanieux, gris, de consistance et de couleur d'huile, mais il n'y avait aucun grumeau. La malade fut guérie de son goître qui avait duré plus de vingt-cinq ans.

OBSERVATION XVI

(Tarnier)

Dans le *Traité d'accouchement* de Cazeaux 10^e édition, M. Tarnier parle d'un cas où il a vu le corps thyroïde s'enflammer et donner lieu à un *abcès qui suppura longtemps*.

La guérison ne fut obtenue qu'après quelques mois.

OBSERVATION XVII

Fausse couche. Hémorrhagie. Lawson-Tait. Edinburgh Med-Journ. mai 1878.

S... R..., 43 ans, a eu 11 enfants. Pendant sa dixième grossesse elle remarqua la naissance d'un goître ; cette tumeur, qui était apparue *dans les derniers mois*, disparut rapidement après l'accouchement. Elle revint à la onzième grossesse, diminua encore beaucoup après la délivrance, mais ne disparut plus complètement. En 1867 elle fit une fausse couche vers le quatrième mois ; à ce moment le goître avait déjà dépassé le volume qu'il avait conservé après la onzième grossesse. Neuf mois après elle eut une nouvelle fausse couche au troisième mois. Pertes utérines au troisième mois. Le goître avait commencé à grossir et depuis lors il n'a pas diminué d'une façon notable. Cette tumeur est très grosse, bilobée et offre exactement les divisions anatomiques de la glande. Les *pertes ont cédé complètement par l'emploi du bromure de potassium* à haute dose.

OBSERVATION XVIII (Idem)

La femme dont il a été question dans l'observation précédente m'amena un jour sa sœur qui était aussi affectée d'un goître. Agée de 36 ans, elle avait eu deux enfants. Chez elle le goître avait fait son apparition durant les derniers mois de la seconde grossesse et il commençait seulement à disparaître plusieurs mois après l'accouchement, lorsque je la vis en août 1868. Les deux sœurs déclarèrent alors sans hésiter que la tumeur avait été plus volumineuse pendant les trois derniers mois de la grossesse qu'elle ne l'était en ce moment. Elle aussi avait *des règles fréquentes et abondantes*.

OBSERVATION XIX (idem).

Mme W..., âgée de 36 ans, se présente à l'hôpital pour différents symptômes d'une profonde anémie, compliquée d'abondantes métrorrhagies.

Elle porte un goître gros et trilobé; elle raconte qu'il *apparut d'abord gros comme une petite loupe pendant le troisième mois de sa première grossesse*. Elle avait alors 24 ans. *Il disparut après l'accouchement*; il reparut à chacune des grossesses suivantes mais il ne disparut plus jamais complètement comme après la première, tout en *diminuant néanmoins considérablement*. Lorsque je la vis pour la première fois son cou mesurait 18 pouces $1/2$ (environ 47 cent.) dans sa plus grande circonférence. Cette fem-

me éprouvait de continuel accès de dyspnée, mais son anémie pouvait en être cause. Elle avait sept enfants vivants elle avait fait en outre *une fausse couche entré le sixième et le septième et trois autres depuis le septième*. Elle nous apprit qu'à chacune de ses quatre fausses couches de même qu'à ses sixième et septième accouchements, elle *avait perdu une grande quantité de sang*. Cet accident ne lui était jamais survenu avant la sixième grossesse.

Je la soignai pour sa dernière fausse couche, *l'hémorrhagie* fut alors vraiment inquiétante.

Dans ces trois dernières fausses couches c'était *l'accroissement rapide de son goître qui l'avait empêchée d'arriver jusqu'à terme*; c'est elle-même qui donna ces détails avec une parfaite conviction et sans aucune question insidieuse de ma part.

OBSERVATION XX

(Moretin, th. 1854).

Goître subit pendant l'expulsion.

Il y a quatre ans, dit Moretin, étant élève du service de M. Gerdy, à la Charité, j'ai assisté à l'accouchement d'une jeune femme de 18 ans, primipare, couchée au n° 24 de la salle Sainte Rose.

Le travail durait depuis quelques heures : quand les douleurs expulsives furent arrivées, *je vis le cou de la patiente se tuméfier énormément*. Malgré l'invitation à modérer ses cris, elle ne peut se maîtriser et quand l'accouchement fut terminé, la joie de la délivrance fut singulièrement contre-

balancée par le chagrin de se voir un goître épais comme un œuf, dont il n'existait pas trace auparavant.

OBSERVATION XXI (Tétanos).

Ollivier. Arch. générales de médecine, 1873.

La nommée L..., âgée de 30 ans, couturière est admise le 1^{er} février 1871 à la Maternité de l'Hôpital Cochin dans le service de M. St-Germain.

Son père est mort à la suite d'un accident à l'âge de 33 ans. Sa mère vit encore et se porte bien; seulement elle est d'un tempérament très nerveux. Il n'y a jamais eu de goîtreux dans sa famille.

La femme L... a toujours été placée dans de bonnes conditions hygiéniques. Elle est née à Nevers et depuis quatorze ans, elle habite Paris dans le quartier St-Jacques. Mariée depuis 1857, elle n'a jamais supporté de privations ni fait d'excès alcooliques.

Pas d'antécédents pathologiques. Un peu nerveuse.

Enceinte une première fois à 18 ans, la grossesse fut régulière et l'accouchement facile. Pendant le cours de la grossesse le corps thyroïde augmenta graduellement de volume, puis reprit ses dimensions normales quelque temps après l'accouchement.

Seconde grossesse à 20 ans; même augmentation de volume du corps thyroïde, laquelle disparut un ou deux mois après la délivrance.

Troisième grossesse à 24 ans, aussi régulière que les deux précédentes. Vers le quatrième mois, nouvelle tumé-

faction du cou dont il n'existait plus trace un mois après l'accouchement.

Trois ans plus tard *deux fausses couches* presque successives l'une de trois mois, l'autre de six mois. Le corps thyroïde ne subit aucun changement de volume lors de la première de ses fausses couches; au moment de la seconde il était devenu notablement plus gros qu'à l'état normal.

La tuméfaction persista pendant près de trois mois.

Enfin en juin 1870, commencement d'une sixième grossesse, au quatrième mois de laquelle on vit de nouveau un goître se développer. Survint le siège de Paris. La femme L... fut complètement dénuée de ressources, souffrit surtout du froid.

Le 26 janvier 1871. — Après avoir ressenti pendant quelques jours des fourmillements dans les doigts et les orteils elle fut prise *de contracture des extrémités*.

Elle ne pouvait ni se lever, ni s'habiller seule.

Elle se fit alors transporter à l'hôpital.

On constata à son entrée tous les signes de *la tétanie*; les doigts étaient fortement contracturés, surtout ceux du côté gauche, le pouce infléchi dans la main, la main tournée vers le bord cubital, l'avant-bras fléchi sur le bras.

Mêmes contractures aux orteils. Toutes ces parties étaient le siège de fourmillements, de douleurs continues et lancinantes par moments. Pas de trismus, aucun autre phénomène nerveux grave.

Ces symptômes durèrent sept jours.

Je vis cette femme plusieurs fois. Voici quel était son état le 10 février :

Grossesse de huit mois environ.

Au cou tumeur constituée par le corps thyroïde hypertrophié, à son niveau peau unie, non enflammée, parfaitement mobile, pas de battements, aucun bruit de souffle, pas de douleurs spontanées ni à la pression, pas de gêne pendant la déglutition.

La circonférence du cou mesure à sa partie supérieure 33 centimètres.

A sa partie moyenne 36.

A sa partie inférieure 37.

Souffle intermittent dans les vaisseaux du cou.

Rien au cœur si ce n'est un léger souffle systolique à la base. Pouls à 80 pulsations. Toux assez fréquente, expectoration séro-muqueuse, quelques râles sibilants disséminés dans les deux poumons.

Depuis 24 heures apparition à la suite d'une émotion de légères contractures de la main gauche qui, en même temps présente un peu d'insensibilité au toucher, à la douleur et à la température. Cinq jours après les signes de bronchite et de contracture avaient disparu.

Le 15 mars. — La femme L., accouche naturellement d'un garçon vivant, pesant trois kilogrammes. Pendant le travail qui dura 4 h. 1/2, les contractures reparurent au mains seulement et cessèrent après l'accouchement.

Rétablissement prompt. La malade quitte l'hôpital le 1^{er} avril ayant un cou aussi volumineux qu'à l'entrée.

Un an après le goître présentait encore les mêmes dimensions.

OBSERVATION XXII (Résumée).

Goître hémorrhagique:
Montpellier médical, 1893.
Ester et Cadillac. Thyroïdectomie. Guérison.

Femme G..., âgé de 30 ans, sans profession, habitant le département de l'Hérault, dans un village où le goître est inconnu.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a eu une fièvre typhoïde à 27 ans.

Réglée à 15 ans. Irrégulièrement.

Mariée depuis un mois, enceinte de six mois. Entrée à l'hôpital le 28 décembre 1891, pour une tumeur de la face antérieure du cou, qui a débuté il y a huit ou neuf ans ; la tumeur qui à cette époque était de la grosseur d'une noisette, occupait exactement la ligne médiane au moment de son apparition et siégeait au-dessous de la pomme d'Adam. Cette tumeur a progressivement mais lentement augmenté. Il y a six ou sept mois, (époque à laquelle remonte la conception), le cou se mit à grossir pour atteindre les énormes dimensions qu'il présente aujourd'hui.

Neuf jours avant l'entrée de la femme G., *une hémorrhagie abondante se produisait, au niveau de deux points qui s'étaient ulcérés spontanément*, à la partie la plus saillante de la tumeur. L'hémorrhagie fut si abondante que la malade tomba en syncope ; l'hémorrhagie n'a pas cessé depuis ce jour et quoique moins abondante elle a mis la malade dans un état de dépérissement extrême.

A l'examen, état général mauvais, anémie profonde, face exsangue, cachectique. La malade se plaint d'une grande faiblesse, de palpitations et de vertiges au moindre effort. A l'auscultation : respiration bruyante, sans râle. Battements du cœur accéléré ; premier bruit dédoublé : souffle à la pointe : les battements perçus à la partie postérieure du thorax.

La tumeur a la forme d'un cône tronqué, à petite extrémité dirigée en avant et en bas. La base occupe la plus grande partie du cou, plus large à droite, où elle s'étend au-dessus du creux sus-claviculaire, jusqu'au bord antérieur du trapèze et présente des bosselures de volume et de consistance variables, les unes dures, les autres fluctuantes ; elle est moins étalée à gauche, où elle se termine au niveau du sterno-mastoïdien : de ce côté pas de bosselure.

D'une consistance ferme dans son ensemble, elle présente vers son sommet des points fluctuants : Deux orifices dus à des pertes de substance, creusés à l'emporte-pièce, ayant la dimension d'un sou simple, laissant couler du sang goutte à goutte, continuellement, obligeant la malade à changer de linge plusieurs fois par jour.

M. le professeur Estor fait la *thyroïdectomie*.

Trois jours après la malade accouche brusquement d'un fœtus âgé de six mois environ.

Guérison complète. Dix mois après la femme jouit d'une parfaite santé.

Il résulte donc de ces observations que, si les femmes enceintes atteintes de goître accouchent, généralement

bien, il ne faut cependant pas être trop optimiste. Le goitre, en effet, apparaît ou augmente pendant la grossesse, les efforts de l'accouchement même. Cette apparition, cette augmentation peuvent être si grandes qu'elles donnent lieu à des accidents de compression, surtout si l'on a affaire à un goitre plongeant rétro-sternal.

Il peut alors y avoir :

- a). — Compression de la trachée artère;
- b). — Compression du larynx ;
- d). — Compression de l'œsophage ;
- c). — Compression des veines jugulaires, d'où dilatation de ces vaisseaux ;
- e). — Compression des carotides, déterminant un état vultueux et violacé de la face avec céphalalgie et tendance au sommeil ;
- f). — Raucité et perte complète de la voix;
- h). — Syncope, dyspnée due à la compression des récurrents;
- i). — Enfin on peut avoir des accidents dus à une hémorrhagie ou une poussée congestive et inflammatoire.

En présence de tels accidents qui mettent en danger la mère et l'enfant qu'elle porte dans son sein, quelle devra être la conduite de l'accoucheur ?

C'est ce que nous allons essayer d'esquisser dans le chapitre suivant en nous appuyant sur le résultat des observations que nous venons de lire.

CHAPITRE V

Traitement.

Pour le traitement général du goître nous renvoyons au *Traité de chirurgie*, qui expose les différents procédés prophylactiques, médicaux et chirurgicaux. Pour nous il nous suffira de dire que lorsqu'une femme enceinte porteuse d'un goître se présente à notre examen et nous demande conseil, nous devons à moins d'indications urgentes nous contenter du traitement médical, injection interstitielle d'iode et iodure de potassium à l'intérieur. Aujourd'hui on tend de plus en plus à faire de l'organothérapie, c'est-à-dire à traiter les myxœdémateux et les goitreux par l'injection d'extraits retirés du corps thyroïde ou par l'ingestion de la glande thyroïde d'animaux, tels que le mouton.

Les exemples myxœdémateux guéris par cette méthode ne se comptent déjà plus. Quant aux goitreux les résultats ne pas encore probants, souvent même ils sont contradictoires. Cela tient probablement aux diverses espèces de goitreux. Quoi qu'il en soit nous ne devons nous armer du bistouri que lorsque la malade asphyxie ou que lorsqu'une hémorrhagie met en danger sa vie. Encore dans ces cas, si l'enfant est vivant s'il est près du terme surtout, au lieu de faire la trachéotomie, qui n'a pas sauvé une des malades de N. Guillot (Obs. VIII) il

vaudrait mieux débarrasser au plus vite l'utérus du produit de la conception d'autant qu'on évitera ainsi un accouchement dont les efforts exposeraient à un désastre.

Au huitième mois Howitz a fait une opération césarienne, qui n'a pas empêché la malade de mourir asphyxiée au bout de quelques jours. On l'imitera si la mère est morte, encore avons-nous vu (Obs. XIII) que cette opération faite 7 minutes après la mort n'avait pas sauvé l'enfant.

Il vaut donc mieux provoquer l'accouchement ou même l'avortement prématuré. La malade de Tarnier a péri quelques heures après, mais nous avons vu (Obs. X et XI) deux cas heureux un au troisième mois, l'autre au huitième. D'ailleurs l'organisme se défend souvent lui-même et l'accroissement rapide du goître provoque l'accouchement (Obs. XIX).

Le *Nouveau Montpellier médical* a publié en 1892 un travail de MM. Estor et Cadillac sur le goître hémorrhagique au cours de la grossesse.

« Nous sommes donc amenés, disent ces auteurs, pour nous résumer, à conclure de cette étude que le médecin a le devoir de surveiller avec attention la marche du goître pendant la grossesse, nous laissons de côté la congestion thyroïdienne simple, rarement cause d'accidents. Si la grossesse n'exerce, sur le développement de la tumeur, qu'une influence peu appréciable, on se contentera de garder l'expectative, appuyée, si l'on veut, des moyens médicaux que nous offre la thérapeutique.

Si l'état de gravidité donne au contraire une impulsion

inquiétante à l'évolution du goître, de bonne heure, il faudra prendre le parti d'intervenir. Dans les premiers mois non seulement on sera autorisé, mais encore on ne devra pas hésiter à provoquer l'avortement pour éviter plus tard à la femme des dangers mortels. Si la grossesse est trop avancée et les symptômes cliniques du goître menaçants (suffocation, hémorrhagies etc.) il sera contre indiqué de perdre un temps précieux à faire usage des moyens palliatifs ou à essayer de provoquer l'accouchement prématuré. La vie de la mère étant en péril imminent, on se déterminera, selon nous, à pratiquer l'ablation du corps thyroïde et l'opération de choix sera la *thyroïdectomie partielle*.

D'un autre côté Wöfler, au 12^e Congrès des chirurgiens allemands, a discuté l'opportunité et le danger des opérations sur le goître chez les femmes enceintes. D'après lui tant que nous sommes en état de sauvegarder la vie de la mère par d'autres moyens, nous devons tout faire pour assurer aussi celle de l'enfant; la conduite à tenir varie donc suivant le mois où apparaît la dyspnée causée par le goître.

D'ordinaire dans les premiers mois de la grossesse, la dyspnée n'est pas considérable, et l'extirpation du goître peut être accomplie sans danger, Billroth dans ces conditions eut un succès pour la mère et l'enfant. Dans les mois suivants quand l'asphyxie devient imminente du fait de la poussée congestive que subit la tumeur, le pronostic de l'intervention s'assombrit, et Wöfler conseille alors de se borner à la trachéotomie et de remettre l'extirpa-

tion du goître à une date postérieure à l'accouchement. Nous savons ce qu'il faut penser de la trachéotomie.

Quant à l'extirpation du goître pendant les premiers mois de la grossesse, nous savons combien une opération sur la mère est dangereuse pour l'enfant, auquel elle ne permet généralement pas d'arriver à terme, et pour la mère à cause des hémorrhagies souvent mortelles qu'elle produit.

Il semble donc qu'il faille, quoique à regret, se ranger à l'opinion d'Estor et Cadillac.

Heureusement les cas, où le médecin se voit, pour ainsi dire, la main forcée, sont rares. Si pendant la grossesse ou les efforts de l'accouchement, le corps thyroïde goîtreux, augmente et se congestionne, si même parfois après l'accouchement (Obs. XIV, XV, XVI) le corps thyroïde s'enflamme et donne lieu à des accidents, ces accidents sont *d'ordinaire bénins* et, après quelques jours, la glande infectée guérit par résolution ou suppuration. Le goître lui-même, qui, sous l'influence des modifications physiologiques et mécaniques apportées dans l'organisme maternel par la grossesse, avait augmenté, diminue après l'accouchement. Il diminue surtout si l'on a soin de faire allaiter l'enfant par la mère.

On a cependant prétendu, que l'allaitement faisait augmenter le goître. Il suffit de lire les observations I, II, III, IV, V etc., pour se convaincre que si l'allaitement maternel est utile à l'enfant, il ne l'est pas moins à la mère. — *Les femmes goîtreuses allaiteront donc leur enfant.*

Nous avons rapporté (obs. VI) un cas de goître exoph-

talmique, guéri par une grossesse. Ce n'est pas le seul, car Trousseau en cite trois autres.

Les hystériques guéries ou améliorées par la maternité ne sont pas rares. Rien d'étonnant à ce que les modifications apportées dans l'organisme par la gravidité, puissent avoir une influence heureuse sur une affection d'origine surtout nerveuse. D'ailleurs, dans le goître exophtalmique, à côté de l'élément nerveux on trouve la lésion du corps thyroïde. Cette lésion, nous l'avons vu, est généralement améliorée à la suite d'une grossesse. Ici donc tout concourt à obtenir un résultat heureux.

En présence d'une femme atteinte de goître exophtalmique, on peut donc, on doit même conseiller une grossesse.

CONCLUSIONS

De nos observations nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les femmes enceintes, affligées de goître, accouchent généralement bien.

2° Le goître augmente ou apparaît pendant une grossesse pour rester stationnaire ou plus souvent diminuer ensuite.

3° L'allaitement ne fait pas augmenter le goître. Les femmes goitreuses doivent allaiter leur enfant.

4° Pendant la grossesse le goître peut donner lieu à des accidents de compression et à des hémorrhagies très graves.

5° En présence d'accidents de cette nature, on peut et on doit interrompre la grossesse si la vie de la femme est menacée.

6° Si les accidents asphyxiques ou hémorrhagiques sont trop imminents pour permettre cette intervention, on doit pratiquer l'ablation du corps thyroïde et l'opération de choix est la thyroïdectomie partielle.

7° Après l'accouchement, pendant la période de puer-

périalité, le goître peut s'enflammer et suppurer, mais les accidents sont peu graves.

8° Le goître exophtalmique peut être quelquefois amélioré par la grossesse.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Bach.** — Mémoires de l'Acad. de Méd., 1855.
- Bauchet.** — De la thyroïdite (goitre aigu) et du goitre enflammé. Gazette hebdomadaire de Méd., et de Chir., Paris, 1857.
- Boursier.** — Th. d'agrégation. Paris, 1880.
- Bérard.** — Thèse. Lyon, 1896.
- Broca.** — Traité de chirurgie.
- Chailly Honoré.** — Traité de l'Art des accouchements, 1845.
- Chantreuil.** — Gaz. des Hôpitaux, 1866.
- Cornil et Ranvier.** — Manuel d'hist. norm. et pathologique, Paris, 1884, T. I. p. 240 et T. II p. 515.
- Gzernicki.** — Gaz. hebd. de méd. et de chir. Paris, 1881, p. 457.
- De Burine.** — Thèse. Paris, 1886.
- Estor et Cadillac.** — Montpellier médical, 1892.
- Gley.** — Arch. internat. de pharmacodynamie, 1897-1898, et Archives de Physiologie, 1892.
- Girod.** — Thèse, Montpellier 1888-1889.
- Guyon.** — Archives de Physiologie, 1868, p. 60 et 1870 p. 168.
- Hecker.** — Monatsch. für Geburtsunde XXVII, p. 179, mars 1866.

Hermann Wolfgang Freang (D^{rs}). — In Deutsch Ztschr. für chirurgie, 3, u. 4. p. 213, 1883.

Houel. — Tumeurs du corps thyroïde. Thèse d'agrégation. Paris 1860.

Howitz. — Revue médicale de Strasbourg. N. F. 111 p. 472.

Hetwig. — p. 288.

Laycock. — Edinburgh méd, jour., 1855.

Laure. — *Fochier.* — Comptes-rendus de la Soc. des sciences médicales de Lyon 1873 T. XIII p. 22.

Lejars. — Bull. de la Soc. Anat. Paris 1886, p. 611.

Lévêque. — Thèse. Paris 1872.

Lawston-Tait. — Edinburgh méd. journ. mai 1875.

Longuet. — Etiologie du goître. Arch. de méd. et de pharmacie militaires. Paris 1885.

Morétin. — Thèse de Paris 1854.

Natalis Guillot. — Soc. Med. des Hôp. Paris 1860 T. IV p. 544 et Arch. générales de méd. Paris 1860, 5^e série T. XVI p. 513.

Nélaton. — Pathologie Chirurgicale.

Pastriot. — Thèse Paris, 1876.

Plet. — Thèse Paris, 1881.

Porcher. — Thèse Paris, 1880.

Petit J. L. — Traité des maladies chir. et des opérations qui leur conviennent.

Tarnier. — Traité d'accouchement de Cazeaux, 10^e édition.

Tourdes. — Du goître à Strasbourg, Gaz. méd. de Strasbourg, nov. 1852.

